

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2017

Zuzana Kapusňáková

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra Speciální pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Kvalita života lidí s mentálním postižením v chráněném bydlení
Quality of life of people with mental disability in sheltered housing

Zuzana Kapusňáková

Vedoucí práce: Mgr. Marie Mlčková, Ph.D.
Studijní program: Speciální pedagogika (B7506)
Studijní obor: B SPPG (7506R002)

2017

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Kvalita života lidí s mentálním postižením v chráněném bydlení vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze 20.4.2017

.....

podpis

Chci poděkovat vedoucí mé práce Mgr. Marii Mlčkové, Ph.D., která se mnou měla velkou trpělivost a snažila se vždy mi poradit jakým směrem bych měla svou práci vést.

ANOTACE

Bakalářská práce se zabývá problematikou mentálního postižení. Teoretická část popisuje charakteristiku mentální retardace, její klasifikaci a psychologické zvláštnosti lidí s mentálním postižením. Dále je zde rozebrána problematika dospělých osob s mentálním postižením, hlavně jejich pracovní uplatnění, trávení volného času a možností bydlení. Práce dále přibližuje pojem kvalita života a jak kvalitní život mají lidé s mentálním postižením. Praktická část je zaměřena na konkrétní chráněné bydlení v Praze a popisuje, jak kvalitní je život lidí s mentální retardací, kteří v tomto chráněném bydlení žijí.

KLÍČOVÁ SLOVA

Mentální postižení, mentální retardace, dospělost, chráněné bydlení, kvalita života.

ANNOTATION

The thesis deals with the problematics of mental disability. The theoretical part describes the characteristics of mental retardation, classification of mental retardation and psychological traits of people with mental disability. Then there is dealt with the problematics of adults with mental disability, especially their employment, leisure and housing options. The work also brings the concept of quality of life and the quality of life people with mental disability. The practical part is focused on a specific sheltered housing in Prague and describes how quality of life people with mental retardation is in the sheltered housing.

KEYWORDS

Mental disability, mental retardation, adulthood, sheltered housing, quality of life.

1. Úvod	7
2. Mentální postižení	8
2.1. Charakteristika mentálního postižení	8
2.2. Klasifikace mentální retardace	9
2.3. Psychologické zvláštnosti člověka s mentálním postižením.....	12
3. Problematika dospělých osob s mentálním postižením	16
3.1. Vymezení pojmu dospělost	16
3.2. Pracovní uplatnění u lidí s mentálním postižením	17
3.3. Trávení volného času u lidí s mentálním postižením	20
4. Kvalita života.....	23
4.1. Pojem kvalita života	23
4.2. Kvalita života dospělých osob s mentálním postižením	23
5. Možností bydlení osob s mentálním postižením	25
5.1. Ústavy sociální péče.....	25
5.2. Podpora samostatného bydlení.....	26
5.3. Chráněné bydlení.....	26
6. Výzkumné šetření – Kvalita života lidí s mentálním postižením v chráněném bydlení.....	28
6.1. Cíle, výzkumné otázky a metodika výzkumu	28
6.2. Chráněné bydlení Společnosti Duha	30
6.3. Vlastní šetření.....	33
7. Závěr.....	51
8. Seznam použitých zdrojů.....	53
9. Seznam příloh	55

1. Úvod

Lidé s mentálním postižením byli po staletí vylučováni ze společnosti a v nejhorším případě i zabíjeni. Až konec 20. století přinesl pro tyto lidi lepší časy, dostali možnost se více zapojit a být užitečnými pro společnost. Po roce 1989 se v České republice začaly rušit velké ústavy pro lidi s mentálním postižením a začaly se rozšiřovat jiné možnosti bydlení. Jednou z těchto možností je chráněné bydlení, které umožňuje lidem s postižením žít běžný život jako lidi bez postižení.

V této bakalářské práci jsem se zaměřila na kvalitu této služby v konkrétním zařízení v Praze. Tuto práci jsem rozdělila na dvě části, teoretickou a praktickou.

Teoretická část je rozdělena do čtyř kapitol. První kapitola je zaměřena na přiblížení problematiky lidí s mentálním postižením, popisují zde základní charakteristiku mentálního postižení, klasifikaci a psychologické zvláštnosti lidí s mentálním postižením. Druhá kapitola je zaměřena na lidi s mentálním postižením v dospělosti. Zaměřuji se zde na vymezení dospělosti, problematiku pracovního uplatnění u lidí s mentálním postižením a jejich trávení volného času. Třetí kapitola pojednává o kvalitě života v obecném pojetí a kvalitě života u lidí s mentálním postižením, kde se zaměřuji na podporu ze strany státu. Poslední kapitola teoretické části popisuje možnosti bydlení pro lidi s mentálním postižením. Popisují zde ústavy sociální péče, podporu samostatného bydlení a chráněné bydlení, které je podrobněji popsáno v praktické části.

Praktická část je zaměřena na konkrétní chráněné bydlení. Pro tuto práci jsem si vybrala chráněné bydlení Společnosti DUHA, které je jedno z nejstarších chráněných bydlení v České republice. Data pro zjištění kvality života klientů žijící v chráněném bydlení jsem získávala formou zúčastněného pozorování, rozhovory s vybranými klienty a pracovníky a analýzou dokumentů. V závěru této praktické části se dozvíme, jak kvalitní je život lidí s mentálním postižením v chráněném bydlení.

2. Mentální postižení

2.1.Charakteristika mentálního postižení

Lidé s mentálním postižením byli v minulosti označováni jako duševně opoždění, zaostalí, abnormální, defektní, slabomyslní, duševně úchylní, rozumově vadní atd. Od této terminologie se již v literatuře upustilo a stále častěji se používá termínů „osoba s mentálním postižením“ nebo „osoba s mentální retardací“. Tímto označením se vyjadřuje skutečnost, že mentálně postižení jsou především lidské bytosti, osoby, osobnosti, individuality a teprve potom, na druhém místě, mají postižení (Černá, 2008).

Pojem mentální postižení nebo také mentální retardace vychází z latinských slov „mens“, což znamená „mysl“ a „retardare“, což znamená „zpomalit“. Doslovný překlad mentální retardace zní „zpomalení mysli“. Ve skutečnosti, ale mentální postižení nepostihuje pouze mentální schopnosti, ale ovlivňuje celou lidskou osobnost ve všech jejích složkách (Slowik, 2007).

Mentální retardace je pojem vztahující se k podprůměrnému obecně intelektuálnímu fungování osoby, které se stává zřejmým v průběhu vývoje a je spojeno s poruchami adaptačního chování. Poruchy adaptace jsou zřejmé z pomalého tempa dospívání, ze snížené schopnosti učit se a z nedostatečné sociální přizpůsobivosti (Slowik, 2007).

Podle Vágnerové (2012, s. 289) je mentální retardace souhrnné označení vrozeného postižení rozumových schopností, které se projeví neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit. Hlavními znaky mentální retardace jsou nedostatečný rozvoj myšlení a řeči, omezená schopnost učení a z toho vyplývající obtížnější adaptace na běžné životní podmínky. Mentální retardace je vrozená, dítě se již od počátku svého života nevyvíjí standartním způsobem a je trvalá, přestože je v závislosti na etiologii a kvalitě stimulace možné určité zlepšení.

Švarcová (2011, s. 28) uvádí, že za mentálně retardované (postižené) se považují takoví jedinci (děti, mládež i dospělí), u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých vlastností a k poruchám adaptačních schopností. Hloubka a míra postižení jednotlivých funkcí je u nich individuálně odlišná. Mentální retardace je důsledkem organického poškození mozku, které vzniká na základě strukturálního poškození mozkových buněk nebo abnormálního vývoje mozku.

Nejčastější definici, která je zaměřena na všechna hlediska vývoje člověka je od M. Dolejšího (1983, s. 38), který ji vymezuje jako vývojovou poruchu integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů: na nedostatecích genetických vloh; na porušeném stavu anatomicko-fyziologické struktury a funkce mozku a jeho zrání; na nedostatečném nasycování základních psychických potřeb dítěte vlivem deprivace senzorické, emoční a kulturní; na deficitním učení; na zvláštnostech vývoje motivace, zejména negativních zkušenostech jedince po opakovaných stavech frustrace i stresu; na typologických zvláštnostech vývoje osobnosti.

Dle J. Slowika (2007, s. 110) lze mentální postižení definovat z různých hledisek a uvádí přístupy definování mentální retardace – biologický, psychologický, sociální, pedagogický a právní, které definuje takto:

Přístup biologický: postižení v důsledku trvalého závažného organického nebo funkčního poškození mozku; syndrom podmíněný chorobnými procesy v mozku.

Přístup psychologický: primárně snížena úroveň rozumových schopností měřitelných standardizovanými IQ testy (tzn. vzhledem k populační normě).

Přístup sociální: postižení charakteristické dezorientací ve světě a ve společnosti, která omezuje zvládat vlastní sociální existenci samostatně bez cizí pomoci.

Přístup pedagogický: snížená schopnost učit se navzdory využití specifických vzdělávacích metod a postupů.

Přístup právní: snížená způsobilost k samostatnému právnímu jednání (provádění složitých právních úkonů a rozhodnutí).

Světová zdravotnická organizace definuje mentální retardaci jako stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti.

2.2.Klasifikace mentální retardace

Mentální retardace představuje snížení úrovně rozumových schopností, které se v psychologii obvykle označují jako inteligence. Obecné definice zpravidla chápou

inteligenci jako schopnost učit z minulé zkušenosti a přizpůsobovat se novým životním podmínkám a situacím (Švarcová, 2011).

Nejznámějším a nejpoužívanějším vyjádřením úrovně inteligence je inteligenční kvocient, zavedený S. Sternem. Vyjadřuje vztah mezi dosaženým výkonem v úlohách odpovídajících určitému vývojovému stupni (mentální věk) a chronologickým věkem (Švarcová, 2011).

Pro klasifikaci mentální retardace se v současné době užívá 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, zpracována Světovou zdravotnickou organizací. Podle této klasifikace se mentální retardace dělí do šesti základních kategorií: lehká mentální retardace, středně těžká mentální retardace, těžká mentální retardace, hluboká mentální retardace, jiná mentální retardace a nespecifikovaná mentální retardace (Švarcová, 2011).

Lehká mentální retardace – F70

IQ se pohybuje mezi 50 až 69 (což u dospělých odpovídá mentálnímu věku 9 až 12 let). Tento stav vede k obtížím při školní výuce, ale mnoho dospělých je schopno práce a úspěšně udržují sociální vztahy a přispívají k životu společnosti.

Švarcová (2011) uvádí, že většina lidí s lehkou mentální retardací dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči a v praktických domácích dovednostech.

Podle Vágnerové (2012) dovedou lidé s lehkou mentální retardací v dospělosti uvažovat v nejlepším případě na úrovni dětí středního školního věku. Respektují základní pravidla logiky, ale nejsou schopni myslet abstraktně, v jejich verbálním projevu chybí většina abstraktních pojmů.

Středně těžká mentální retardace – F71

IQ dosahuje hodnot 35 až 49 (u dospělých odpovídá mentálnímu věku 6 až 9 let). Výsledkem je zřetelné vývojové opoždění v dětství, avšak mnozí se dokáží vyvinout k určité hranici nezávislosti a soběstačnosti, dosáhnou přiměřené komunikace a školních dovedností. Dospělí budou potřebovat různý stupeň podpory k práci a k činnosti ve společnosti.

U jedinců zařazených do této kategorie je výrazně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči. Podobně je také opožděna a omezená schopnost starat se sám o sebe a zručnost (Švarcová, 2011).

Vágnerová (2012) dodává, že uvažování jedinců se středně těžkou mentální retardací lze přirovnat k myšlení předškolního dítěte, které nerespektuje vždy pravidla logiky. Jejich verbální projev bývá chudý, agramatický a špatně artikulovaný a učení je limitováno na mechanické podmiňování, k zafixování čehokoliv je potřeba četného opakování.

Těžká mentální retardace – F72

IQ se pohybuje v pásmu 20 až 34 (u dospělého je to mentální věk přibližně 3 až 6 let). Tento stav vyžaduje trvalou podporu.

Lidé s těžkou mentální retardací jsou schopni v dospělosti chápat jen základní souvislosti a vztahy, uvažují na úrovni batolete (Vágnerová, 2012).

Hluboká mentální retardace – F73

IQ dosahuje nejvýše 20 (což u dospělého je mentální věk pod 3 roky). Tento stav způsobuje nesamostatnost a potřebu pomoci při pohybování, komunikaci a hygienické péči.

Většina osob v této kategorii je imobilní nebo výrazně omezena v pohybu. Lze u nich dosáhnout nejzákladnějších zrakově prostorových orientačních dovedností a postižený jedinec se může při vhodném dohledu a vedení podílet malým dílem na praktických sebeobslužných úkonech (Švarcová, 2011).

Jiná mentální retardace – F78

Mentální retardaci nelze přesně určit pro přidružená postižení smyslová a tělesná, poruchy chování a autismus.

Nespecifická mentální retardace -79

Je určeno, že jde o mentální postižení, ale pro nedostatek znaků nelze jedince přesně zařadit.

2.3. Psychologické zvláštnosti člověka s mentálním postižením

Každá lidská osobnost je jedinečná a složitá konfigurace duševních vlastností a dějů, proto je nesmírně složité podat alespoň obecný, hrubý náčrt charakteristiky osoby s mentálním postižením. Celkový vývoj osobnosti záleží na prostředí, v kterém se pohybuje, protože každé prostředí má rozdílný vliv na formování osobnosti (Lečbych, 2008).

„Typickým znakem poznávacích schopností mentálně postižených je omezenější potřeba zvědavosti a preference podnětového stereotypu. Mentálně postižení jedinci obvykle bývají pasivnější a více závislí na zprostředkování informací jinými lidmi. Orientace v běžném prostředí je pro ně mnohem náročnější, protože hůře rozlišují významné a nevýznamné znaky jednotlivých objektů a situací, a hůře chápou i jejich vzájemné vztahy. Svět je pro ně méně srozumitelný, a proto se jim může jevit i více ohrožující. Důsledkem toho je silnější závislost na jiném člověku, který se stává prostředníkem mezi mentálně postiženým a vnějším světem, resp. preference známého prostředí“ (Vágnerová, 2012, s. 292).

Švarcová (2011, s. 47) uvádí, že každý mentálně postižený je svébytný subjekt s charakteristickými osobnostními rysy. Přesto se však u značné části z nich projevují (ve větší či menší míře) určité společné znaky, jejichž individuální modifikace závidí na druhu mentální retardace, na její hloubce, rozsahu, na tom, zda jsou rovnoměrně postiženy všechny složky psychiky, nebo zda jsou výrazněji postiženy některé psychické funkce a duševní vývoj je nerovnoměrný (viz tab. 1.1 – 1.4).

Tab. 1.1 Průvodní jevy lehké mentální retardace.

Neuropsychický vývoj	omezený, opožděný
Somatická postižení	ojedinělá
Poruchy motoriky	opoždění motorického vývoje
Poruchy psychiky	snížení aktivity psychických procesů, nerovnoměrný vývoj, funkční oslabení, převládají konkrétní, názorné a mechanické schopnosti

Komunikace a řeč	schopnost komunikovat většinou vytvořena, opožděný vývoj řeči, obsahová chudost, časté poruchy formální stránky řeči
Poruchy citů a vůle	afektivní labilita, impulzivnost, úzkostnost, zvýšená sugestibilita
Možnosti vzdělávání	na základě speciálního individuálního vzdělávacího programu

Tab. 1.2 Průvodní jevy středně těžké mentální retardace

Neuropsychický vývoj	omezený, výrazně opožděný
Somatická postižení	častá, častý výskyt epilepsie
Poruchy motoriky	výrazné opoždění, ale postižení jsou mobilní
Poruchy psychiky	celkové omezení, nízká koncentrace pozornosti, výrazně opožděný rozvoj chápání, opožděný rozvoj dovedností sebeobsluhy
Komunikace a řeč	úroveň rozvoje řeči je variabilní; někteří jedinci jsou schopni sociální interakce a komunikace, verbální projev často bývá chudý, agramatický a špatně artikulovaný
Poruchy citů a vůle	nestálost nálady, impulzivita, zkratkovitě jednání
Možnosti vzdělávání	na základě speciálních programů (speciální škola)

Tab. 1.3 Průvodní jevy těžké mentální retardace

Neuropsychický vývoj	celkově omezený
Somatická postižení	častá, neurologické příznaky, epilepsie
Poruchy motoriky	časté stereotypní automatické pohyby, výrazné porušení motoriky
Poruchy psychiky	výrazně omezená úroveň všech schopností
Komunikace a řeč	komunikace převážně nonverbální, neartikulované výkřiky, případně jednotlivá slova
Poruchy citů a vůle	celkové poškození afektivní sféry, časté sebepoškozování
Možnosti vzdělávání	vytváření dovedností a návyků, rehabilitační vzdělávací program

Tab. 1.4 Průvodní jevy hluboké mentální retardace

Neuropsychický vývoj	výrazně omezený
Somatická postižení	velmi častá, neurologické příznaky, kombinované vady tělesné a smyslové
Poruchy motoriky	většinou imobilní nebo výrazné omezení pohybu
Poruchy psychiky	těžké postižení všech funkcí
Komunikace a řeč	rudimentární nonverbální komunikace nebo nekomunikují vůbec
Poruchy citů a vůle	těžké postižení afektivní sféry, potřebují stálý dohled
Možnosti vzdělávání	vytváření jednoduchých dovedností a návyků (rehabilitace, individuální péče)

Paměť

Osvojování nových věcí a jejich zapamatování je velmi náročné a pomalé. V paměti se hromadí informace bez jakékoliv utříděnosti podle významu, důležitosti či potřeby (Rubinšteinová, 1973).

Valenta a Muller (2003) uvádějí, že nedostatky v oblasti paměti vycházejí ze základní vlastnosti vyšší nervové činnosti osob s mentální retardací, z tendence podmíněných spojů vyhasínat rychleji. K vyhasínání paměťových stop také přispívá fakt, že lidé s mentálním postižením upřednostňují učení mechanické než logické.

Myšlení

Myšlení osob s mentálním postižením dosáhne v nejlepším případě, u jedince s lehkou mentální retardací, úrovně konkrétních logických operací. Jejich uvažování bude vždycky vázáno na realitu, leckdy dokonce pouze na její konkrétní, do určité míry náhodnou, aktuální variantu. Nedokáží se odpoutat od vlastního pohledu, od vlastních pocitů a potřeb, které jeho poznávání zkreslují. Neschopnost nadhledu se projevují sníženou kritičností a vyšší sugestibilitou mentálně postižených. Myšlení je charakteristické značnou stereotypností, rigiditou a ulpíváním na určitém způsobu řešení. Osoby s mentálním postižením se dovedou mechanicky naučit určitá pravidla, ale nejsou schopni je v praxi účelně aplikovat, protože nechápou rozdíly mezi různými situacemi (Vágnerová, 2012).

Podle Lečbycha (2008, s. 31) není myšlení zpravidla abstraktní, je snížena schopnost generalizace, vyčlenění podstatného a objevují se chyby v analýze a syntéze. Řada problémů v oblasti myšlení plyne již ze samotných deficitů ve smyslové percepci, zejména porozumění řeči a diferenciaci jednotlivých fenoménů.

Vnímání

Výraznou zvláštností vnímání u jedince s mentálním postižením je inaktivita tohoto psychického procesu. Když se jedinec s mentálním postižením dívá na nějaký obraz nebo předmět, neprojevuje snahu prohlédnout si je do všech detailů, vyznat se ve všech jejich vlastnostech. Spokojuje se s povšechným poznáním předmětů a nezajímá se aktivně o jejich podstatu a funkci (Švarcová, 2011, s. 51).

Podle Rubinštejnové (1973) se další zvláštnosti vnímání projevují v nedostatečném vnímání prostoru a času, je snížena způsobilost rozlišovat figury a pozadí, problémy s citlivostí hmatových vjemů a zhoršená koordinace pohybu.

Řeč a komunikace

Řeč u lidí s mentálním postižením bývá postižena jak formálně, tak z obsahového hlediska. Řečový projev bývá nápadný méně přesnou výslovností a je pro tyto jedince obtížnější porozumět i běžnému verbálnímu sdělení, protože mají omezenější slovní zásobu a větší potíže v pochopení celkového kontextu. Nejsou schopni chápat složitější slovní obraty, ironii, žert, metaforu apod.. Lidé s lehkou mentální retardací zvládnou běžné konkrétní pojmy a základní slovní obraty, ale u lidí s nejzávažnějším mentálním postižením se verbální schopnosti nerozvíjejí vůbec. U závažnější mentálně postižených nabývá na významu neverbální způsob komunikace (Vágnerová, 2012).

Emotivita

Vlivem vývojové retardace poznávacích procesů i ostatních systémů osobnosti můžeme předpokládat, že působení emočních složek bude u lidí s mentálním postižením do jisté míry deformováno (M. Dolejší, 1983).

Vágnerová (2012) uvádí, že celkové emoční prožívání, resp. způsob emočního reagování může být v závislosti na etiologii mentálního postižení změněn. Obvykle jde o zvýšenou dráždivost, větší pohotovost k afektivním reakcím či mrzuté nálady.

Sebepojetí

Sebepojetí je důležitou složkou osobnosti. U lidí s mentálním postižením je tato složka ovlivněna jejich způsobem uvažování a omezenou možností pochopit, jaké jsou jejich reálné kompetence. V důsledku toho není jejich sebehodnocení zcela objektivní, bývá nekritické a ovládané především emocionálně. Vzhledem k omezené soudnosti závisejí prakticky po celý život na názorech jiných lidí. Nekritičnost a zvýšená sugestibilita jsou příčinou snadné ovlivnitelnosti (Vágnerová, 2012).

3. Problematika dospělých osob s mentálním postižením

3.1. Vymezení pojmu dospělost

V novodobých industriálních společnostech vymezuje dospělost řada definic. Sjednotit definice dospělosti je obtížné, neboť je třeba rozlišovat dospělost biologickou a dospělost duševní a přitom respektovat systémové socio-kulturní a právní faktory (Šiška, 2005).

Thorová (2015) uvádí, že jednoznačná definice, co je dospělost, v psychologii neexistuje. Můžeme sice říct, že člověk je dospělý, když může pít alkohol, volit a uzavřít sňatek, ale to automaticky neznamená, že úderem 18. narozenin se z něj stává plně vyžralý dospělý jedinec. Charakteristika zralé dospělosti je samostatnost fungování, nezávislost, ekonomická soběstačnost, efektivní pracovní a společenské uplatnění, zralé fungování v mezilidských vztazích, schopnost adaptace na nové životní situace, odolnost vůči zátěži, kontrola emocí a schopnost reálného plánování budoucnosti.

Thorová (2015) dělí dospělost na 3 etapy života:

1. Mladá dospělost (20–35 let)
2. Střední dospělost (35-50 let)
3. Pozdní dospělost (50-70 let)

Etapa mladé dospělosti je charakterizována poměrně dynamickým obdobím, ve které člověk uskutečňuje proměnu od nezralé k zralé osobnosti. Raná dospělost je dobou, kdy se otevírají možnosti a prostor k intenzivnímu psychickému dospívání. Fyzický a kognitivní vývoj je prakticky ukončen (Thorová, 2015).

Podle Langmeiera a Krejčířové (in Lečbých, 2008) je časná dospělost určitým přechodovým obdobím mezi adolescencí a plnou dospělostí. V tomto stádiu obvyklé dochází k upevnění identity mladého člověka, identifikace s rolí dospělého, produktivní orientací a upřesněním pracovních a životních cílů. Vývojové úkoly jsou spojeny s osamostatněním se od rodičů, hledáním vhodného životního partnera a se založením vlastní rodiny. Dochází taktéž k předběžné volbě povolání a k získání profesní odpovědnosti.

Druhá etapa dospělosti je označovaná jako **střední dospělost** a společnost vnímá jedince ve středním věku jako vysoce produktivního, zkušeného a zralého člověka, který rozvíjí životní scénář, jež si naplánoval v době mladé dospělosti (Thorová, 2015).

Etapa pozdní dospělosti je chápána a prožívána různě. Někdo považuje toto období stále ještě za střední věk, jiní za počátek stáří. Období pozdní dospělosti může být prožíváno velmi negativně (menopauza, krize manželství, odchod dětí z domova, finanční obavy, strach ze ztráty zaměstnání, nemoci, péče o staré rodiče, přetížení z péče o vnoučata), kdežto pro jiné jde o klidné období prožívané v psychické pohodě (cestují, radují se z vnoučat, mají více času a méně starostí).

Člověk s mentálním postižením v dospělosti

I přes obtížné a nejasné vymezení statusu dospělosti, můžeme v obecné rovině uvažovat o faktorech, které k dosažení statusu dospělosti přispívají nebo mu naopak brání: ukončení školní docházky; získání zaměstnání; odchod z domova rodičů; uzavření sňatku, založení rodiny; právo volit a být volen; trestní odpovědnost; dosažení zletilosti aj. Většina těchto faktorů se nevztahuje pouze k člověku s mentálním postižením, ale má obecnou platnost (Šiška, 2005)

Vágnerová (in Lečbych, 2008) dodává, že z hlediska dosažení profesní, partnerské a rodičovské role jsou možnosti osob s mentálním postižením v dospělosti významně omezené a často k jejich zvládnutí vyžadují vysokou míru podpory.

3.2. Pracovní uplatnění u lidí s mentálním postižením

Práce zaujímá v životě člověka s postižením i bez postižení klíčovou roli a možnost vykonávat zaměstnání má vliv na jeho vývoj ve všech oblastech jeho života. Práce je pro osoby s postižením předpokladem k jejich úplné integraci do společnosti a přispívá k jejich sebeurčení a k lepší kvalitě života (Procházková, 2009).

Chráněné pracovní místo

Chráněné pracovní místo je definováno v § 75 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, jako pracovní místo zřízené zaměstnavatelem pro osobu se zdravotním postižením na základě písemné dohody s Úřadem práce. Na zřízení chráněného

pracovního místa poskytuje Úřad práce zaměstnavateli příspěvek. Chráněné pracovní místo musí být obsazeno po dobu 3 let. Chráněným pracovním místem může být i pracovní místo, které je obsazeno osobou se zdravotním postižením, pokud je vymezeno v písemné dohodě mezi zaměstnavatelem a Úřadem práce. Dohoda se uzavírá na dobu 3 let.

Podporované zaměstnávání

Lidé s mentálním postižením mají problémy v oblasti komunikace, navazování mezilidských vztahů, v předvídání situací, prostorové orientaci a hůře mohou odhadnout důsledky svých rozhodnutí. Tito lidé mají obtíže s přijímáním nových informací a zvládání nových dovedností, ale s dostatečnou podporou při rozvoji pracovních dovedností, mohou být v zaměstnání úspěšní.

Podporované zaměstnávání je časově omezená služba, kde je pracovníkovi se zdravotním postižením poskytována pomoc při získání a udržení se zaměstnání.

Organizace poskytující podporované zaměstnávání:

- Rytmus – od klienta k občanovi o.p.s.
- Fosa o.p.s.
- Fokus Praha
- Eset Help
- MÁME OTEVŘENO? o.s.

V České republice je zaměstnáno na otevřeném trhu práce pouze 10 – 20% lidí s mentálním postižením na plný úvazek, dalších 10 – 20% pracuje na částečný úvazek a ostatní jsou buď nezaměstnaní, nebo nezařazení mezi pracující.

Pro lidi s mentálním postižením nebo jiným zdravotním postižením, kteří nemohou získat nebo nejsou schopni vykonávat zaměstnání na otevřeném trhu práce, jsou zřizovány sociální služby, jako náhrada zaměstnání.

Sociálně terapeutické dílny

Dle § 67 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, jsou sociálně terapeutické dílny ambulantní služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu

zdravotního postižení, které nejsou z tohoto důvodu umístitelné na otevřeném ani chráněném trhu práce. Jejich účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie.

Služba poskytuje tyto základní činnosti:

- a) Pomoc při osobní hygieně nebo poskytování podmínek pro osobní hygienu:
 - Pomoc při běžných úkonech osobní hygieny
- b) Poskytování stravy nebo pomoc při zajištění stravy:
 - Zajištění stravy přiměřené době poskytování služby a odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování
 - Pomoc při přípravě stravy přiměřené době poskytování služby
- c) Nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění:
 - Nácvik oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek
 - Nácvik přesunu na vozík a z vozíku
- d) Podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností:
 - Nácvik a upevňování motorických, psychických, sociálních a pracovních schopností a dovedností
 - Pomoc při obnovení nebo upevnění, zprostředkování kontaktu s přirozeným sociálním prostředím

Centra denních služeb

Centra denních služeb definuje § 45 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, jako ambulantní službu poskytující osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejich situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.

Základní činnosti:

- a) Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- b) Poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy
- c) Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- d) Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím

- e) Sociálně terapeutické činnosti
- f) Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

3.3.Trávení volného času u lidí s mentálním postižením

Trávení volného času představuje pro mnoho lidí čas věnovaný aktivitám, které mají rádi, baví je, uspokojují, přinášejí radost a uvolnění. Každý člověk si trávení volného času představuje jinak, to co pro někoho je povinnost, tak pro druhého to může být příjemná zábava a relaxace. U osob s mentálním postižením je velmi obtížné vyvolat spontánní zájem o volnočasové aktivity. Tyto lidi je potřeba dostatečně motivovat a utvářet vhodné podmínky pro aktivní trávení volného času. V dnešní době existuje mnoho organizací, které nabízejí pro lidi s mentálním postižením mnoho možností trávení volného času, v podobě různých zájmových kroužků.

Organizace zabývající se aktivním trávením volného času lidí s mentálním postižením:

SPMP – Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice z.s.

SPMP je organizace, která už více než 45 let pomáhá lidem s mentálním postižením a jejich rodinám.

Hlavní aktivity:

- Sledují dění na všech úrovních a vyjadřují se ke změnám a rozhodnutím, která se týkají lidí s mentálním postižením a jejich blízkých.
- Upozorňují na problémy, kterým musí lidé s mentálním postižením a jejich blízcí čelit.
- Prosazují změny, které pozitivně ovlivňují život lidí s mentálním postižením a jejich blízkých.
- Pomáhají lidem s mentálním postižením a jejich blízkým žít tak, jak se jim líbí a jak chtějí.
- Vzdělávají lidi s mentálním postižením, jejich blízké, pracovníky v sociálních službách, jiné odborníky a veřejnost.

- Vytváří pro lidi s mentálním postižením a jejich blízké prostor pro vzájemné setkávání, sdílení zkušeností a řešení problémů.

Volnočasové aktivity

- Taneční nejen pro lidi s mentálním postižením
- Cvičení pro lidi s mentálním postižením
- Jednodenní výlety
- Rekreační v České republice a v zahraničí
- Různé akce pro lidi s mentálním postižením a jejich blízké (Masopustní karneval, Mikulášská nadílka,...)
- Večerní škola pro lidi s mentálním postižením

Spolurádi o.s.

Je to projekt nadšenců, kteří pořádají různé výlety pro lidi s mentálním postižením a bez postižení po České republice a zahraničí.

Studio OÁZA

Studio OÁZA je nezisková organizace, která nabízí kulturní, vzdělávací a umělecké aktivity pro lidi s mentálním postižením. Poskytuje kvalitní trávení volného času a umožňuje lidem s mentálním postižením rozvíjet své schopnosti, najít smysl své práce a integrovat se do společnosti.

Tato organizace byla založena v roce 1992 a od té doby otevřela 17 zájmových kroužků v oborech hudba, divadlo, výtvarné umění, informační technologie a fotografie.

- Dramatický kroužek
- Jazykové kroužky
- Keramika
- Hudebně pohybové skupiny
- Počítače
- Výtvarný kroužek
- Hudební kroužky
- Taneční kroužek

- Fotografie
- Promluvy

Aktivity pravidelně navštěvuje 70 lidí s mentálním postižením a výsledky jejich práce jsou prezentovány na veřejných vystoupeních, výstavách a festivalech.

Další organizace věnující se aktivnímu trávení volného času lidí s mentálním postižením:

- MÁME OTEVŘENO? o.s.
- Společnost DUHA z.ú.
- Fosa o.p.s.
- Dílna Gawain
- Fokus Praha

4. Kvalita života

4.1. Pojem kvalita života

Kvalita života je pojem interdisciplinární, a proto velmi dobře vyhovuje všude tam, kde se z širšího aspektu věnujeme problémům člověka. Tento pojem se používá v řadě disciplín a do medicíny, psychologie a pedagogiky se dostal přes ekonomii a sociologii, kde při zkoumání např. životní úrovně se ukázaly více rozhodující kritéria kvalitativního než kvantitativního (Řehulková, Řehulka, 2008).

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje kvalitu života: „kvalita života je to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům.“ Kvalitu života určuje zdraví, volný čas a osobní rozvoj, práce a profesní rozvoj, bydlení a rodina.

V literatuře existuje celá řada definic „kvality života“, ale neexistuje však ani jedna, která by v průběhu posledních třiceti let byla všeobecně akceptována. Na nejobecnější úrovni je kvalita života chápána jako důsledek interakce mnoha různých faktorů. Jsou to sociální, zdravotní, ekonomické a enviromentální podmínky, které kumulativně a velmi často neznámým způsobem interagují, a tak ovlivňují lidský rozvoj na úrovni jednotlivců i celých společností. Kvalita života má v zásadě dvě dimenze, a to objektivní a subjektivní. Subjektivní kvalita života se týká lidské emocionality a všeobecné spokojenosti se životem. Objektívni kvalita života znamená splnění požadavků týkajících se sociálních a materiálních podmínek života, sociálního statusu a fyzického zdraví (Payne, 2005).

4.2. Kvalita života dospělých osob s mentálním postižením

V současné společnosti, která je orientována na výkon a na zvyšující se pracovní tempo, mají lidé s mentálním postižením velké problémy. Kvalita života lidí s mentálním postižením v dospělosti souvisí s kvalitou oblastí či aspektů v jejich životě, které tito jedinci považují za důležité, a které jsou či nejsou v jejich životě uspokojovány. Obtíže se projevují hlavně v oblasti pracovního uplatnění na otevřeném trhu práce, sociální izolaci lidí s mentálním postižením či v poskytování sociálních dávek, kde výše těchto dávek ovlivňuje kvalitu života lidí s mentálním postižením.

Nárok na příspěvek na péči dle zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, má osoba uvedená v § 4 odst. 1, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu

potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti v rozsahu stanoveném stupněm závislosti podle § 8, pokud jí tuto pomoc poskytuje osoba blízka nebo jiná fyzická osoba uvedená v § 83 nebo poskytovatel sociálních služeb, který je zapsán v registru poskytovatelů sociálních služeb podle § 85 odst. 1, anebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu 7a); nárok na příspěvek má tato osoba i po dobu, po kterou je jí podle zvláštních právního předpisu 7b) poskytována zdravotní péče formou ústavní péče v nemocnici nebo odborném léčebném ústavu.

Stupně závislosti a výše příspěvku na péči pro osoby nad 18 let:

- a) stupeň I. – lehká závislost – 880Kč
- b) stupeň II. – středně těžká závislost – 4400Kč
- c) stupeň III. – těžká závislost – 8800Kč
- d) stupeň IV. – úplná závislost – 13200Kč

Příspěvek na péči využívají osoby se zdravotním postižením na zaplacení péče, kterou jim poskytuje blízka osoba nebo poskytovatel sociálních služeb.

5. Možností bydlení osob s mentálním postižením

V druhé polovině 20. století v bývalém Československu převládá pod vlivem komunistického režimu segregační postoj a lidé s mentálním postižením jsou izolováni v ústavech sociální péče, které jsou zpravidla budovány v odlehlejších částech republiky, a ze strany odborníků je systematicky propagován názor, že ústavní péče je pro lidi s mentálním postižením nejvhodnější variantou (Lečbych, 2008).

V Západní Evropě a Severní Americe vzniklo na přelomu 60. a 70. let 20. století hnutí, které chtělo umožnit všem lidem život v běžné společnosti. Začaly vznikat společné domovy pro lidi s postižením, a to i s nejtěžšími formami mentální retardace. Bohužel velká část těchto programů komunitního bydlení stále používala tradiční praktiky známe z velkých institucí a mnoho jejích uživatelů zůstalo v izolaci a závislosti na placeném personálu. K velkému obratu došlo až v 80. letech 20. století.

V České republice a ostatních státech východního bloku k těmto novodobým změnám nedošlo, až 90. léta představovala příchod nových forem sociálních služeb, včetně těch orientovaných na komunitní formy bydlení. I přes výrazný pokrok zůstává i nadále v České republice většina lidí s postižením bez možnosti zvolit si svůj domov a žijí stále v ústavech sociální péče (www.dobromysl.cz).

5.1. Ústavy sociální péče

Počátkem 20. století se ústavy sloužící k vylučování lidí ze společnosti začaly orientovat na potřeby klientů. Toto vede ke koncipování ústavní péče jako ochrany klientů před nároky vnějšího světa, tím vzniká svět ve světě, kde platí normy, hodnoty a pravidla odlišná od reálného venkovního světa. Dochází tak k tzv. skrytému vylučování (Muhlpachr, 2001).

Ústavní péče je poskytována v ústavech pro mládež, kam jsou zařazovány děti od tří let do skončení povinné školní docházky, eventuálně do ukončení přípravy na povolání, nejvýše však do 26 let, a jednak v ústavech pro dospělé. Toto ustanovení se však v praxi nedodržuje a rozdíly mezi ústavami pro mládež a pro dospělé se postupně stírají, což je vzhledem k mentálnímu věku svěřenců pochopitelné a naprosto správné (Švarcová, 2011).

Pro lidi s mentálním postižením se zřizují ústavy s denním, týdenním a celoročním pobytem. Ústavy s denním pobytem pečují o děti, mládež i dospělé klienty během dne,

kdy jejich rodiče chodí do práce, v mnoha případech supluje práci mateřské školy. Týdenní ústavy představují kompromis mezi domácí a ústavní péčí. Rodina v průběhu pracovních dnů může žít normální život, rodiče mohou vykonávat svá zaměstnání a dostatečně se věnovat svým nepostiženým dětem, a děti s postižením jsou v ústavu. Na víkendy jezdí domů a tráví čas se svou rodinou. Ústavy s celoročním pobytem zajišťují komplexní péči osoby s mentálním postižením (Švarcová, 2011).

5.2.Podpora samostatného bydlení

Podpora samostatného bydlení je terénní služba poskytována osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodů zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Základní činnosti služby je:

- Pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- Sociálně-terapeutická činnost
- Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

5.3.Chráněné bydlení

Chráněné bydlení je pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení. Základní činnosti služby je:

- Poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- Poskytnutí ubytování
- Pomoc při zajištění chodu domácnosti
- Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,

- Sociálně-terapeutické činnosti,
- Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

Švarcová (2011) uvádí, že chráněné bydlení je modernější forma celoroční péče. Spočívá v tom, že několik klientů s mentálním postižením bydlí společně v běžném bytě nebo rodinném domku. Toto bydlení by mělo mít povahu společné domácnosti, kde dospělým klientům pomáhají asistenti s úklidem, s vařením, se sebeobsluhou a se vším, co klienti sami nemohou zvládat. Asistent nezastává funkci rodiče ani vychovatele, ale spíše pomocníka, přítele a konzultanta.

6. Výzkumné šetření – Kvalita života lidí s mentálním postižením v chráněném bydlení

6.1. Cíle, výzkumné otázky a metodika výzkumu

Bakalářská práce na téma „Kvalita života lidí s mentálním postižením v Chráněném bydlení“ se týká lidí s mentálním postižením. Praktická část se zaměřuje na lidi s mentálním postižením, kteří žijí v Chráněném bydlení společnosti DUHA.

Hlavním cílem výzkumu je zjistit, jak kvalitní je život lidí s mentálním postižením v Chráněném bydlení Společnosti DUHA. Zda chráněné bydlení uspokojuje zájmy svých klientů, zda podporuje dostatečně samostatnost a soběstačnost v jejich domácnostech, zda podporuje klienty v aktivním trávení volného času a v možnosti pracovního uplatnění.

V bakalářské práci budou použity metody kvalitativního výzkumu. Metodolog Creswell (2007) definoval kvalitativní výzkum jako proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.

Podle Hendla (2016) je s kvalitativním výzkumem spojeno několik přístupů, které mají v této oblasti pevné místo a považují se za základní. Mezi ně patří výzkum pomoci případové studie, výzkum pomoci etnografického výzkumu, fenomenologický přístup a výzkum zaměřený na zakotvenou teorii.

V této bakalářské práci bude probíhat výzkum pomoci případové studie zaměřený na osobní případovou studii. Osobní případová studie je jedním z pěti typů případové studie. Hendl (2016) uvádí, že u osobní případové studie jde o podrobný výzkum určitého aspektu u jedné osoby. Pozornost se věnuje např. minulosti, kontextovým faktorům a postojům, které předcházely určité události. Zkoumají se určité příčiny, determinanty, faktory, procesy a zkušenosti, jež k ní měly vztah. Může jít také o zachycení celého života. Pak mluvíme o historiích života. Avšak i takové historie kladou důraz na určitý aspekt života jedince.

Základními metodami získávání údajů kvalitativního výzkumu jsou pozorování, rozhovory a analýza dokumentů. Pro tento výzkum bude použito zúčastněné pozorování při každodenních aktivitách v chráněném bydlení, budou probíhat

rozhovory podle návodu s klienty a pracovníky chráněného bydlení a pro vypracování případových studií bude sloužit analýza zdravotní a osobní dokumentace. Pro zjištění kvality služby a dodržování jejich cílů bude sloužit analýza dokumentu „Metodika chráněného bydlení“.

Zúčastněné pozorování patří mezi nejdůležitější metody kvalitativního výzkumu. Zúčastněným pozorováním je možné popsat co se děje, kdo nebo co se účastní dění, kdy a kde se věci dějí, jak se objevují a proč. Pozorovatel nefunguje jako pasivní registrátor dat, který stojí mimo předmětovou oblast, nýbrž se sám účastní dění v sociální situaci, v níž se předmět výzkumu projevuje. Je v osobním vztahu s pozorovaným, sbírá data, zatímco se účastní přirozeně se vyvíjejících životních situací (Hendl, 2016).

Rozhovor a jeho vedení může být velmi náročné, proto je důležité věnovat zvláštní pozornost začátku a konci rozhovoru. Na začátku je nutné prolomení psychické bariéry a získání souhlasu se záznamem. Také zakončení rozhovoru je jeho důležitou součástí, protože právě třeba při loučení můžeme získat mnoho důležitých informací (Hendl, 2016). **Rozhovor podle návodu** představuje seznam otázek nebo témat, jež je nutné v rámci rozhovoru probrat. Tento návod má zajistit, že se skutečně dostane na všechna pro tazatele zajímavá témata. Je na tazateli, jakým způsobem a v jakém pořadí získá informace, které osvětlí daný problém. Zůstává mu i volnost přizpůsobit formulace otázek podle situace. Rozhovor s návodem dává tazateli možnost co nejvýhodněji využít čas k rozhovoru. Současně umožňuje provést rozhovory s několika lidmi strukturovaněji a ulehčuje jejich srovnání. Pomáhá udržet zaměření rozhovoru, ale dovoluje dotazovanému zároveň uplatnit vlastní perspektivy a zkušenosti (Hendl, 2016).

Dokumenty tvoří jediný datový podklad studie nebo doplňují data získána pozorováním nebo rozhovorem. **Analýza dokumentů** patří k standardní aktivitě jak v kvalitativním, tak v kvantitativním výzkumu. Dokumenty – všechno napsané nebo prostě zaznamenané – mohou být podrobeny analýze z různých hledisek. V dokumentech se projevují osobní nebo skupinové vědomé nebo nevědomé postoje,

hodnoty a ideje. Dokumenty jsou knihy, novinové články, záznamy projevů funkcionářů, deníky, plakáty, obrazy, také filmy a fotografie. Za dokumenty se mohou obecně považovat veškeré stopy lidské existence (Hendl, 2016).

Každý výzkum se řídí dle **etických zásad**. Tento výzkum se řídí základními etickými zásadami – dobrovolná účast subjektů ve výzkumu, informování o výzkumu, informovaný souhlas a zachování důvěrností informací o účastnících výzkumu.

6.2. Chráněné bydlení Společnosti Duha

Společnost DUHA vznikla v roce 1992 z iniciativy členů Sdružení pro pomoc lidí s mentálním postižením v návaznosti na Nadaci DUHA, a v téže roce přijala nabídku finanční podpory židovsko-americké nadace AJ JDC pro zavádění chráněného bydlení pro osoby s mentálním postižením v České republice. Tímto se stala první organizací, která s rozvíjením programu chráněného bydlení v České republice začala. Díky tomuto kroku se začaly otevírat první chráněné byty a v následujících letech jejich počet rostl a tím se zvyšovala i komplexnost poskytovaných služeb. Přibýval počet klientů, kteří využívali služby chráněného bydlení, a Společnost DUHA získala důležité místo mezi nestátními organizacemi v oblasti poskytování sociálních služeb. V té době mohla Společnost DUHA plnit své poslání – umožnit lidem s mentálním znevýhodněním žít mimo ústavu.

Společnost DUHA nabízí tři sociální služby – centrum denních služeb, podpora samostatného bydlení a chráněné bydlení.

Centrum denních služeb poskytuje dospělým lidem s mentálním znevýhodněním sociální službu v běžné zástavbě bytového domu na Černém Mostě a ve Vysočanech, kde jsou uživatelé služby v kontaktu s veřejností. Služba centra denních služeb nabízí možnost aktivně trávit den a učit se dovednostem, které jsou potřebné pro každodenní život. Cílem služby je učit klienty dovednostem každodenního života, umožnit jim seberealizaci ve tvůrčích činnostech, nabízet klientům kontakt se společenským prostředím prostřednictvím zájmových aktivit, možnost vzdělávání v různých oblastech života, a hlavně spolupracovat s veřejností a prezentovat službu a výrobky uživatelů. Tato služba je určena pro lidi s mentálním postižením, kteří nemohou najít uplatnění na otevřeném trhu práce.

Služba **Podpora samostatného bydlení** je terénní služba pro dospělé lidi s mentálním postižením, která těmto lidem pomáhá žít co nejvíce samostatný život ve vlastní domácnosti. Posláním služby je pomáhat dospělým lidem s mentálním znevýhodněním žít v běžném prostředí vlastní domácnosti a zvládat nároky na samostatné bydlení. Hlavním cílem je pracovat s klienty na co největším osamostatnění se. Služba je určena pro lidi s mentálním postižením, kteří bydlí ve vlastních bytech na území hlavního města Prahy a bez podpory druhé osoby, by nemohli žít běžným způsobem svůj život. Služba probíhá tak, že asistent pravidelně dochází do domácnosti, kde klient bydlí a poskytuje mu podporu dle jeho individuálních potřeb.

Chráněné bydlení je určeno pro osoby s mentálním postižením, kteří nemohou žít ve vlastním bytě a zůstali by odkázáni na život v ústavu sociální péče. Hlavní cíl chráněného bydlení je lidi s mentálním postižením podporovat v samostatnosti a naučit je postarat se o vlastní domácnost. Chráněné bydlení umožňuje těmto lidem bydlet v běžných bytech v různých částech Prahy.

Základními činnostmi poskytování služby chráněného bydlení je poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování a pomoc při zajištění chodu domácnosti. Dalšími základními činnostmi jsou výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktů se společenským prostředím, sociálně terapeutická činnost a samozřejmě pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. V těchto aktivitách klientům pomáhají asistenti.

Klienti bydlí v bytech maximálně ve třech, kde každý má vlastní pokoj, společný obývací pokoj a kuchyň. Rozsah služby se určuje podle individuálních potřeb a schopností klientů. Uživatelé služby chráněného bydlení jsou dospělí lidé s mentálním znevýhodněním ve věku 30 – 75 lety. Počet klientů v seniorském věku zde převažuje, a tak se v poslední době tato služba zaměřuje na práci se seniory s mentálním postižením. Jsou zde klienti s lehkou mentální retardací, ale i klienti se středně těžkou mentální retardací. V mnoha případech jsou k mentálnímu postižení přidruženy i další postižení a zdravotní potíže. Jsou zde klienti s Downovým syndromem, Rettovým syndromem, klienti s dětskou mozkovou obrnou a další, kde jsou součástí jiné zdravotní obtíže, jako je diabetes mellitus, srdeční a plicní onemocnění, epilepsie, Alzheimerova choroba a v některých případech poruchy chování.

Služba chráněného bydlení se řídí dle standardů kvality sociálních služeb. V chráněném bydlení Společnosti DUHA se standardy kvality sociálních služeb nazývají „Metodika chráněného bydlení“. Standardy kvality sociálních služeb mají patnáct částí:

1. Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb
2. Ochrana práv osob
3. Jednání se zájemcem o sociální službu
4. Smlouva o poskytování sociální služby
5. Individuální plánování průběhu sociální služby
6. Dokumentace o poskytování sociálních služeb
7. Stížnosti na kvalitu poskytovaných sociálních služeb
8. Návaznost na vnější zdroje
9. Personální a organizační zajištění sociální služby
10. Profesní rozvoj pracovníků
11. Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby
12. Informovanost o poskytované sociální službě
13. Prostředí a podmínky
14. Nouzové a havarijní situace
15. Zvyšování kvality poskytované služby

V chráněném bydlení společnosti DUHA z.ú. má vypracování a aktualizaci těchto standardů na starosti metodik chráněného bydlení a všichni pracovní jsou s nimi průběžně seznamováni.

Každý klient má vypracovaný tzv. „Systém spolupráce“, kde má stanovený hlavní cíl užívání služby chráněného bydlení. Součástí jsou plány klienta, plány osobního asistenta, plány pro zvládání obtížných situací, restriktivní opatření a zvládání rizikových situací.

Plány klienta vycházejí z přání klienta, kde sám klient stanoví, čeho chce dosáhnout a sám si popíše postup, jak toho docílí. Plány asistenta, jsou dovednosti a činnosti, kterých si všiml asistent a klient by je mohl pro svůj život potřebovat a naučit se je. Asistent vše podrobně probere s klientem a sepíše podrobný postup, jak se bude danou dovednost nebo činnost učit a kdo a jak mu s tím bude pomáhat. Plány na zvládání obtížných situací slouží k reflexi obtížné situace ať pro klienta nebo asistenta, a

k hledání způsobů zvládnání takových situací. V tomto plánu je popsáno, jak se v obtížné situaci zachovat a jak ji řešit. Důležité je, aby celý tým asistentu postupoval vždy stejně. Restriktivní opatření se používá jen v krajních situacích, kdy všechny navrhované postupy selhaly. Restrikcí se rozumí omezení přístupu klienta někam, nebo k něčemu a k zabraňování nějakému chování klienta. U zvládnání rizikových situací jde hlavně o popsání a vysvětlení klientovi o možných rizicích, které plynou z určité činnosti nebo situace každodenního života, a pokud riziko nastane, tak jak ho řešit.

Každý rok v Chráněném bydlení Společnosti DUHA probíhá hodnocení spokojenosti klienta, kde je součástí i zhodnocení „Systému spolupráce“.

6.3. Vlastní šetření

Pozorování probíhalo v přirozeném prostředí klientů chráněného bydlení Společnosti DUHA. Celkem jsem navštívila tři byty, kde jsem pozorovala tři klienty při běžných činnostech každodenního života. Při pozorování jsem se převážně zaměřila na oblasti spojené se sebeobsluhou. Činnosti v oblasti sebeobsluhy jsou důležité, protože čím více je klienti dokáží vykonávat samostatně, tím více je jejich život kvalitnější.

Při rozhovorech s klienty jsem nejprve zjišťovala faktografické údaje o klientech (viz. příloha č.1) a následně jsem se doptávala na otázky spojené s kvalitou života. Pro sestavení otázek na zjištění kvality života u klientů chráněného bydlení jsem se inspirovala v dotazníku na měření kvality života od WHO. Z rozhovoru s klienty vyplívají objektivní závěry na kvalitu jejich života. Při rozhovoru na téma kvalita života, jsem nejprve musela tento pojem důkladně vysvětlit. Nejprve klienti odpověděli na otázku „Máte kvalitní život?“ a následně jsem si získanou odpověď ověřovala otázkami na oblasti života, které pokládám za důležité a určující kvalitu života (viz. příloha č.2). Všem otázkám dotazování klienti rozuměli, jen otázku „Jste spokojený se svým sexuálním životem?“ nepochopili. Tito klienti neznají pojem „sexuální“ a neumí si pod tím nic představit, takže na tuto otázku nedokázali odpovědět.

Z rozhovorů s pracovníky jsou zjištěny subjektivní informace, protože každý pracovník má na kvalitu života svůj vlastní názor, kde je složité určit, zda pracovníci a klienti vidí kvalitní život stejně.

Případová studie – klient č. 1

Pohlaví: muž

Věk: 54 let

Diagnóza: DMO – dětská mozková obrna, lehká mentální retardace a epilepsie

Rodinná a osobní anamnéza:

Klient se narodil v roce 1962 v Praze do běžné rodiny. Má jednoho sourozence, staršího bratra, který je bez postižení. V současné době žije už pouze otec. Klient se narodil s DMO, byla mu diagnostikovaná lehká mentální retardace a epilepsie, která je dlouhodobě kompenzovaná léky. Epileptický záchvat měl naposledy v roce 1980.

Klient v roce 1979 získal základy vzdělání na zvláštní škole v Praze 4. Školu i družinu navštěvoval rád a dosud udržuje kontakt se svojí bývalou třídní učitelkou. Po dokončení školní docházky se měl klient připravovat na manuální práci v tzv. přípravné škole, ale ta byla během roku 1979 zrušena, proto byl klient po odborném lékařském posouzení umístěn do Ústavu sociální péče Lochovice s týdenním pobytem, kde žil až do roku 1992. Jen na přechodnou dobu v roce 1984 byl umístěn do Ústavu sociální péče Odlochovice s celoročním pobytem, z důvodu dlouhodobého pobytu rodičů v zahraničí.

Klient se do Chráněného bydlení Společnosti DUHA dostal v roce 1992 a byl to jeden z prvních klientů, který začal využívat tuto službu. Od roku 1992 až do roku 1996 bydlel v DOMOVĚ Společnosti DUHA a pak se přestěhoval do chráněného bytu v běžné panelákové zástavbě. Zde bydlel s dalšími dvěma klienty a společně za pomoci asistentu vedli už vlastní domácnost. V roce 2002 se po nešťastné události, kdy ho napadl jeho spolubydlící a pobodal ho nožem, ocitl v nemocnici a po uzdravení byl následně přestěhován na jiný chráněný byt, kde s jedním klientem bydlí ve společné domácnosti dosud.

Zdravotní stav:

Klient č.1 má epilepsii, která je kompenzovaná léky, dále trpí poruchou chování, které se také reguluje léky. Preventivní prohlídky mu hlídá opatrovník a osobní asistent. Klient je velmi schopný, informace o sobě předává lékařům sám, pouze je někdy potřeba dodat doplňující nebo upřesňující informace.

V poslední době si často stěžuje na bolesti hlavy, které jsou následně spojeny s únavou a podrážděností.

Medikace:

Epilan D Gerot, Liskantin – léčba epilepsie

Rispen – léčba poruchy chování

Lagosa – doplněk pro zlepšení funkčnosti jater

B-komplex – doplněk pro správné fungování metabolismu

Vigantol – doplněk ke snížení křečí

Dále užívá léky na bolest hlavy.

Motorika:

Z důvodu postižení DMO – spastická diparéza, která je koncentrovaná na horních končetinách, je postižena jemná motorika. Deficit jemné motoriky lze pozorovat při psaní a manipulaci s drobnými předměty, dále problémy s jemnými úkony při hygieně, jako je holení a stříhání nehtů.

Hrubá motorika je velmi dobře zachována, klient se pohybuje zcela samostatně, bez výrazných obtíží.

Psychické projevy:

Klient č. 1 je velmi komunikativní a sdílný. Jeho emoční reakce jsou většinou adekvátní situaci. Chování na veřejnosti je vcelku v normě, ale často se projevuje při komunikaci velmi hlasitě, občas mluvím sám se sebou a tím na sebe upoutává pozornost.

Při jakékoliv sebemenší změně se ocitává nespokojený, tím se pro něho vytváří problém a on jej musí probírat s asistentem. Někdy tyto situace řeší i několik dní a je z toho velmi frustrován.

Když má pocit, že mu někdo křivdí, nebo ho někdo naštvě, rozčílí se, vulgárně nadává, při tom rozhazuje rukama a někdy i vyhrožuje. V minulosti se v těchto situacích uchýloval i k fyzickému napadání, které bylo následně odstraněno psychoterapií.

V případě, že je takto špatně naladěný, je důležité ho nejprve vyslechnout, zklidňovat chápavým přístupem a až se jeho hlasitý, vulgární projev zmírní, je možné s ním nastalou situaci řešit. Při řešení této situace je velmi důležité klientovi č. 1 situaci dobře popsat a vysvětlit proč nastala, pokud se tak nestane, je možné, že toto neadekvátní chování začne na novo.

Sebeobsluha:

Oblékání

Klient se dokáže samostatně obléknout a svléknout, umí si zapnout zip, ale s knoflíky má malý problém, ale s trochou trpělivosti to dokáže. Tkaničky u bot si nedokáže zavázat.

Hygiena

Koupání a péči o svůj vzhled, čištění zubů a používání toalety zvládá zcela sám. Holení a stříhání nehtů zvládá pouze za pomoci druhé osoby.

Stravování

Dokáže připravit studenou večeři, spolehlivě dá jídlo na talíř a donese na stůl. Umí používat příbor a jídlo konzumuje samostatně.

Nakupování

Klient č.1 samostatně nakupuje pouze potraviny. Nakupování potravin zvládá samostatně velmi dobře, ale z důvodu omezené svéprávnosti, může samostatně nakupovat pouze věci do maximální částky 500kč. Osobní věci, jako je oblečení a hygienické potřeby vždy nakupuje společně s asistentem nebo opatrovníkem.

Hospodaření s penězi:

O své finanční prostředky se nestará z důvodu omezené svéprávnosti, ale hodnotu peněz zná. Umí rozpoznat všechny hodnoty mincí a bankovek a uvědomuje si, které věci jsou levné, a které jsou drahé.

Týdenní režim

Klient od pondělí do pátku vstává v 7:00 a navštěvuje od 9:00 do 14:00 centrum denních služeb. V centru denních služeb se věnuje různým činnostem od práce se dřevem až po psaní časopisu „Duhák“. Po návratu z centra denních služeb na byt chráněného bydlení má na starosti v určité dny nákup potravin a přípravu večeře. Tyto povinnosti má rozdělené se svým spolubydlícím, Klient č.1 je má na starosti ve středu a v sobotu. Úklid domácnosti má klient také rozdělené se svým spolubydlícím. Klient má na starosti úklid obývacího pokoje, kuchyně a svého pokoje. V ostatních domácích pracích, jako je praní a žehlení se střídají.

O víkendu vstává v 9:00. O víkendech s asistentem vyráží na různé výlety jak po Praze, tak i mimo Prahu. V zimním období převážně navštěvují různé výstavy a na žádném výletě nesmí chybět návštěva cukrárny, kde si pokaždé dá kávu a nějaký dortík. Večery klienta jsou převážně stejné, po večeři si obstará svou hygienu a usedne k televizi, kde sleduje hlavně na detektivky. Spát chodí okolo 22:00.

Pohled klienta na kvalitu života

Klient č.1 velmi dobře chápe co je to kvalita života a co je v životě důležité. V mnoha oblastech svého života je se sebou spokojený, jen v té nejdůležitější, to je zdraví, se už spokojený necítí. V poslední době trpí častými bolestmi hlavy, které ovlivňují jeho celkovou náladu a následně jeho výkon při různých činnostech.

Pozorování

U klienta č.1 jsem si při pozorování všimla, že neustále potřebuje být ve středu dění a pokud je mu tato možnost upřena, dost těžko to nese. Je velmi zvědavý a potřebuje být i u situací či rozhovoru, které se ho netýkají. Díky této zvědavosti je pro něho velmi obtížné vykonávat nějakou činnost tam kde musí být sám, takže od činnosti neustále odbíhá, aby mu nějaká informace z vedlejší místnosti neutekla. Tento klient je velmi schopný, ale občas i trochu lenivý. Do svých povinností se mu občas nechce a raději o tom vede diskusi, že to nebude dělat. Diskusi je schopný vést i hodinu, ale nakonec své povinnosti stejně splní.

Z pozorování a z rozhovoru je zřejmé, že je klient velmi schopný a dokáže se za podpory asistentky postarat o sebe a svou domácnost. Horší je oblast zdraví, kde časté bolesti hlavy ovlivňují klientovu celkovou pohodu a brání mu v aktivnějším trávení volného času. Bolesti hlavy se dle mého zjištění objevují ve chvíli, kdy má nějaké povinnosti, které se mu nechtějí vykonávat. V nejlepší kondici, kdy se bolestí hlavy neobjevují skoro vůbec, je o víkendech, kdy jsou naplánované výlety, které má klient č.1 velmi rád.

Případová studie – klient č.2

Pohlaví: Muž

Věk: 52 let

Diagnóza: lehká mentální retardace, autistické rysy.

Rodinná a osobní anamnéza:

Klient č.2 se narodil v roce 1964 do úplné rodiny jako jedináček. V jeho 4 letech mu zemřel otec a on zůstal s matkou sám. Úspěšně dokončil základní vzdělání a od 18 let pracoval ve výrobním družstvu Dipra, které převážně zaměstnává lidi se zdravotním postižením. Zde pracoval až do roku 1995. Pracovní poměr mu byl, podle klienta ukončen z důvodu, že už nestíhal pracovní tempo.

Do Chráněného bydlení Společnosti DUHA se dostal v roce 1994, do té doby žil s matkou ve společné domácnosti. Od tohoto roku až do roku 1998 bydlel v DOMOVĚ a následně se přestěhoval do běžného bytu na Prahu 9, kde žije až dosud s dalšími dvěma klienty.

Zdravotní stav:

Klient č.2 má alergie na pyly, chronické ekzémy obou zvukovodů, skoliózu páteře, ploché nohy a glaukom na obou očích.

Klienta provází psychické problémy ve formě různých fobií, převážně ze samostatného pohybu v nerovném terénu, deprese a úzkosti.

Pravidelné návštěvy lékařů hlídá jeho osobní asistent. Informace o sobě umí předat sám, ale zase je potřeba doplňující nebo upřesňující informace ze strany asistenta, stejně jako u klienta č.1.

Medikace:

Oční kapky – léčba glaukomu

Citalec – lék na úzkosti a deprese

Xyzal, Zodac – lék na alergie

Parafinové kapky – prevence ekzému zvukovodu

Motorika:

Jemná a hrubá motorika není postižena. Pouze chůze je opatrná z důvodu fobie z pohybu na nerovném terénu.

Psychické projevy:

Klient č.2 není moc komunikativní, i když jeho slovní zásoba je na dobré úrovni. Od okolního světa se distancuje a pokud to není velmi nutné, tak nechce chodit ven. Na veřejnosti se projevuje velmi málo a snaží se být nenápadný. Kontakt s cizí osobou navazuje velmi těžko a trvá i několik měsíců, než začne někomu důvěřovat a pustí ho do svého soukromí. Ale pokud už s někým naváže důvěrný vztah, tak se tento člověk pro něho stává rádcem a důvěrníkem. Rád s tímto člověkem tráví čas. Jako málo lidí s mentálním postižením má rad vtipy a sám je umí používat.

Klient má zvláštní vztah se svou matkou, která ho velmi stresuje svou přehnanou starostlivostí. Tato starostlivost ho přivádí až do stavu úzkosti, která se projevuje svěděním uší, do kterých si následně nastrká útržky papírů.

Sebeobsluha

Oblékání

Oblékání a svlékání zvládá zcela samostatně.

Hygiena

Péči o vlastní osobu zvládá sám, pouze potřebuje připomenutí asistenta, aby úkony spojené s hygienou prováděl pečlivě.

Stravování

Klient č.2 zvládá přípravu studených i teplých pokrmů. Podle receptu dokáže uvařit i složitější jídlo. Vaření ho velmi baví a občas umí improvizovat a experimentovat. Spolehlivě jídlo naservíruje, a i z vizuálního hlediska to vypadá pěkně. Sám umí konzumovat jídlo.

Nakupování

Nakupování potravin a hygienických potřeb zvládá sám, potřebuje pouze doprovod do obchodu, kde ho asistent počká za pokladnami a následně dohlédne na placení.

Hospodaření s penězi

Klient č.2 zná hodnotu peněz, sám si vede příjmy a výdaje a v současnosti se učí spořit. Klient č.2 má problémy s utrácením peněz za zbytečnosti, jako je koupě 3x stejného časopisu. Klient se sám stará o svůj bankovní účet, umí platit platební kartou a vybírat peníze z bankomatu. Osobní asistent s ním na konci měsíce zkontroluje příjmy, výdaje a výpis z bankovního účtu, zda je vše v pořádku.

Týdenní režim:

Ve všedních dnech navštěvuje centrum denních služeb, které je v blízkosti bytu, ve kterém bydlí. V pondělí navštěvuje „Pekárnu“, kde s ostatními klienty, kteří využívají službu centra denních služeb, připravuje různé svačiny, od salátů, až po pečení bábovky. V úterý a ve čtvrtek chodí do „Výtvarky“, kde se podílí na výrobě různých výrobků, které se následně prodávají. Rád zde maluje, barví různé výrobky ze sádky a slepuje rámečky. Velmi rád je pochválen za svou práci a vždy mu to zvedne sebevědomí. Zbylé dny, středa a pátek, tráví dopoledne ve „dřevodílně“, kde plete košíky, kde se následně také prodávají.

Z centra denních služeb se vrací na chráněný byt ve 14:00, kde ho čekají povinnosti spojené s péčí o domácnost. Se svými spolubydlícími se podílí na nákupu potravin, přípravě stravy a úklidu. Volný čas tráví převážně samostatně ve svém pokoji, kde

sleduje televizi, prohlíží si různé věci na internetu, čte si časopisy, anebo poslouchá rádio. Pokud to není nutné, tak ve společných prostorách bytu, netráví moc času.

O víkendech se podílí na chodu domácnosti, připravuje se spolubydlícími nákupní seznam, sepisuje, co je potřeba koupit za čisticí prostředky a ve velmi výjimečných situacích vyráží s ostatními na výlety.

Pohled klienta na kvalitu života

Klient č.2 na otázky spojené s kvalitou života (rozhovor č.2) odpovídal kladně. Celkově je se svým životem spokojen, jen občas nemá náladu na některé povinnosti, které musí udělat.

Pozorování

Klient č. 2 je velmi uzavřený a jen díky tomu, že se spolu známe už dva roky, tak mě pustil k sobě do pokoje a dovolil mi nahlédnout do svého života. Klient velmi rád tráví volný čas sám u sebe v pokoji koukáním na televizi nebo prohlížením internetu. Se svými spolubydlícími tráví čas převážně jen při jídle.

Z rozhovoru o kvalitě života vyplývá, že klient je samostatný, sám se dokáže postarat o domácnost, ale díky fobiím ze samostatného pohybu je odkázaný na pomoc druhé osoby.

Případová studie – klient č.3

Pohlaví: Muž

Věk: 70 let

Diagnóza: Středně těžká mentální retardace, Alzheimerova choroba

Rodinná a osobní anamnéza:

Klient č. 3 se narodil v roce 1945, dva měsíce po ukončení 2.světové války, do úplné rodiny s jedním sourozencem, bratrem. Ve dvou letech prodělal meningoencefalitidu, která byla příčinou mentální retardace. Po diagnostice mentální retardace se jeho rodiče rozvedli, on žil s matkou a jeho bratr s otcem. Nyní už nikdo s jeho příbuzných nežije.

Klient č.3 vystudoval běžnou osmiletou základní školu na Praze 6, následně pokračoval ve studiu na internátním učilišti, kde se vyučil zahradníkem. Od svých 18 let pracoval dlouhá léta v jedné pražské zahradnictví.

Do chráněného bydlení se dostal v roce 2000, po smrti jeho matky. Nyní žije v chráněném bytě společně s dalšími dvěma klienty.

Zdravotní stav:

Klient č.3 má spoustu zdravotních problémů – Alzheimerova choroba, Diabetes Melitus 2. typu, vysoký krevní tlak, urologické obtíže (zvětšena prostata, ledvinové kameny), šedý zákal. Napříč všem těmto zdravotním komplikacím, je stále ve velmi dobré fyzické kondici, psychická stránka je z důvodu degenerativního onemocnění viditelně snižena. V oblasti zdravotní péče potřebuje velkou míru podpory osobního asistenta. Klient není schopen podávat informace o sobě lékařům, vše musí sdělovat asistent. Dle klienta č. 3 je jeho zdravotní stav v pořádku a on sám se cítí skvěle, bez jakýchkoliv obtíží. Podle jeho dlouholeté osobní asistentky skoro žádnou bolest necítí. Asistenti jsou proto nuceni si všimnout sebe menších změn v jeho chování a podle toho usoudit, zda je vše v pořádku nebo ne.

Medikace:

Geratam – doplněk k léčbě Alzheimerovy choroby

Memantin Mylan – léčba Alzheimerovy choroby

Donepezil - léčba Alzheimerovy choroby

Rorendo - léčba Alzheimerovy choroby

Uroxal – léčba urologických obtíží

Tamsulosin – léčba urologických obtíží

Milurit – prevence proti vzniku močových kamenů

Stacyl – prevence tvorby krevních sraženin

Prenassa – léčba vysokého krevního tlaku

Klient č.3 užívá velké množství léků. V současné době je schopen léky užívat sám, pouze potřebuje dohled při dávkování léků do lékovky a následnou kontrolu, jestli léky užil.

Motorika:

Motorika není postižena.

Psychické projevy:

U klienta č.3 v důsledku Alzheimerovy choroby se u něho projevuje časté zapomínání, špatná orientace v čase, zmatenost a porucha pozornosti. Střídají se u něho „lepší dny“ (je orientovaný, velmi dobře si vybavuje informace, dobře chápe a pamatuje si pokyny) a „horší dny“ (zmatenost, únava, nechut' k činnosti, nerozumí pokynům).

Vyjadřuje se v jednoduchých větách, mívá problémy s vybavováním některých slov a komolí je. Opakovaně se ptá či mluví o stále stejné věci.

Klient č.3 je přátelský, manuálně zručný a rád pomáhá. Je také trochu umíněný a rád dělá věci po svém. Když se věnuje nějaké činnosti, je v ní nerad rušen, a hlavně ji potřebuje dokončit. Pokud je vyrušen, dokáže být velmi nepříjemný a někdy i vulgární. V tomto případě je důležité ho na chvíli nechat, a až se uklidní, tak s ním danou situaci probrat. Ve většině případů si uvědomí, že se zachoval nepřiměřeně a dané osobě se omluví.

Důležité je s klientem č.3 mluvit v jednoduchých větách a v pomalém tempu. Vhodnější jsou jasné pokyny před složitými otázkami a náznaky. Také je důležité dbát na adekvátní a jasné projevy neverbální komunikace, aby klient č.3 dobře rozuměl dané situaci, rozhovoru apod.

Sebeobsluha:

Oblékání

Proces oblékání a svlékání zvládá sám, pouze potřebuje podporu při výběru vhodného oblečení podle počasí.

Hygiena

Úkony spojené s osobní hygienou zvládá bez problému samostatně, jen jako i u ostatních klientů, potřebuje připomenutí umytí rukou po použití toalety.

Stravování

Klient č.3 velmi rád vaří podle svých diabetických kuchařek. Se slovní dopomocí asistenta dokáže uvařit i složitější jídla. Bohužel s postupnými ubývajícími schopnosti trvá příprava jídla čím dál tím déle, takže potřebuje i manuální pomoc ze strany asistenta. Servírování zvládá bez problémů.

Nakupování

Při nakupování potřebuje podporu asistenta. Špatně se orientuje v obchodě, neodhadne množství, které je potřeba koupit a nepozná některé potraviny. U pokladny je potřeba kontroly asistenta, protože klient č.3 nezná hodnotu peněz, a i když umí počítat, tak v tu chvíli, když mu řeknou částku, kterou má zaplatit, tak si to v tu chvíli nedokáže spojit s hodnotou peněz a zaplatí všemi bankovkami, které má v tu chvíli u sebe.

Hospodaření s penězi

Klient č.3 rozpozná mince a bankovky, ale hodnotu peněz nechápe. Neumí pochopit co je levné a co je drahé. S jeho penězi mu pomáhá asistentka.

Týdenní režim:

Klient č.3 funguje v určitém stereotypu, všechno co dělá, má daný řád. Každé ráno ve všedních dnech vstává v 7:00, nasnídá se, užije léky, pak provede ranní hygienu a převlékne se do oblečení na ven. Následně si sedne na postel a pozoruje hodiny, dokud se na nich neobjeví 8:00. Přesně v 8:00 vykřikne „Už“ a odchází do centra denních služeb. Takto to probíhá každý všední den. V centru denních služeb navštěvuje dřevodílnu, kde plete košíky. Klient č.3 se rád účastní všech aktivit, které mu někdo nabídne, takže jeho dopolední program je velmi pestrý a aktivní. Zde tráví čas až do 14:00, pak odchází domů, kde už je asistent. Doma ho čekají běžné povinnosti, jako je nákup potravin, úklid domácnosti a příprava večeře. Pokud má klient č.3 volné odpoledne, většinu času sedí na gauči, kouká do zdi a nevnímá okolí. Je velmi obtížné ho z toho stavu dostat a zapojit ho do nějaké aktivity. Občas je nutné na něho zvýšit hlas, aby začal vnímat, vypadá, že je v tu chvíli v transu. Pokud se asistentům povede ho z aktivizovat, tak si rád čte, poslouchá hudbu a vybarvuje mandaly. Po večeři

následuje další rituál. Bez ohledu na to, kolik je hodin, se jde vykoupat, pak si nachystá snídani na další den, uvaří si kávu a usedne k televizi, kde se podívá na jeden seriál a pak jde spát.

O víkendu ráno probíhá stejně jako ve všední dny, jen s tím rozdílem, že vstává v 9:00. V 10:00 přichází na službu asistent, který klientům pomáhá s běžnými věcmi, nákup potravin, příprava jídla, úklid domácnosti a když je nálada tak společně vyráží na různé výlety. Večery tohoto klienta jsou o víkendu zase stereotypní a probíhají stejně jako ve všední dny.

Pohled klienta na kvalitu života

Klient č.3 je neustále spokojený ve svém životě, na nic si nestěžuje a jak už bylo uvedeno výše, tak nepociťuje ani žádné zdravotní potíže.

Pozorování

Klient č.3 svůj volný čas tráví seděním na gauči a koukáním do zdi, někdy si pustí i televizi. Po dlouhém přemlouvání se mi povedlo ho přesvědčit, aby se šel věnovat některé své oblíbené činnosti. Pustil se do čtení. Při čtení sem ho pozorovala, všimla jsem si, že čte knihu tak, že jen přejíždí očima po řádcích a skutečně nečte. Třistastránkovou knihu dokáže „přečíst“ za cca 2 hodiny. Na otázku, o čem kniha je, mi jen ukáže titulní stranu knihy, ať si přečtu název, nedokáže mi říct o čem kniha je, nebo spíš ani neví o čem vůbec čte. Když se věnuje nějaké činnosti, je nerad rušen a někdy i své okolí úplně ignoruje.

Jak už bylo uvedeno výše, klient č.3 necítí bolest, ale také neprojevuje žádné emoce. Ve všech situacích se chová úplně stejně. Neprojevuje radost, ale ani smutek. Na úmrtí blízkého člena jeho rodiny, zareagoval jen slovy „a kam teď budu jezdit na Vánoce“. Dále se k tomu nijak nevyjadřoval ani neprojevoval nějaké pocity.

U tohoto klienta je zřejmé, že kvalita života se u něho určuje podle toho, jak to vidí on. Na všechny oblasti spojené s kvalitou života v rozhovoru, odpovídal vždy kladně. Je velmi těžké určit, zda je to tak jak říká on nebo ne, ale podle mě je jeho život tak kvalitní, jak sám uzná.

Rozhovory s pracovníky chráněného bydlení

Asistentka č.1

Jak dlouho pracujete v chráněném bydlení?

Přibližně rok.

Co je Vaší náplní práce?

Pomáhat klientům v těch oblastech běžného života, v nichž si z nějakého důvodu sami neporadí, rozvíjet jejich potenciál včetně kognitivních funkcí.

Jaký máte názor na službu chráněné bydlení?

Myslím si, že je rozhodně lepší než ústavní forma péče, a to jak pro klienty samotné, tak pro obecné povědomí o problematice mentálního znevýhodnění, kdy vzhledem ke každodennímu kontaktu "běžné" populace s touto skupinou pomáhá bořit mýty, jež o těchto lidech často kolují.

Je potřeba něco změnit?

V obecném pojetí je třeba rozšířit kapacity chráněných bytů, které jsou v současné době nedostačující poptávce.

Dále je nasnadě změna finančního ohodnocení asistentů, což je ale opět celkový problém sociálních služeb.

A zajistit větší možnost kontaktu osobního asistenta pouze se svým klientem. Tato možnost byla doted' pouze v případě doprovodů k lékařům atd., je však mnoho oblastí, kdy by bylo třeba věnovat se jen jednomu klientovi, bohužel v rámci běžných služeb na to není příliš prostoru a času, pokud člověk vyloženě neupozadí další klienty

Jak klienti tráví volný čas?

Trávení volného času je různé v závislosti na možnostech a povaze konkrétních klientů, velmi časté je však bohužel často bezduché sledování televize, bez nějakého uvědomění si obsahu, ale jsou také klienti, kteří pokud to jde, rádi vyráží na různé výlety do přírody, za památkami apod.

Oblíbené jsou také výtvarné aktivity, zejména vybarvování omalovánek.

Jak kvalitní život mají lidé s mentálním postižením v Chráněném bydlení Společnosti DUHA?

Nemám porovnání s jinými organizacemi, ale myslím si, že vzhledem ke svým možnostem celkem kvalitní.

Myslíte si, že budou klienti schopni se úplně osamostatnit?

Myslím si, že ne, protože ač by toho třeba mnozí byli schopni, takto jim to vyhovuje. Nemusí se veskrze o nic starat, vše zařídí asistent. Trochu se mi nabízí analogie s azylovým domem, kde jsem absolvovala svou vysokoškolskou praxi, i zde byli někteří muži několik let, a ačkoliv by si třeba dokázali najít práci, pokusit se o změnu, takto jim to vyhovovalo. Za nocleh platili minimální částku, jedno jídlo denně měli zadarmo a o nic víc neusilovali.

Asistentka č.2

Jak dlouho pracujete v chráněném bydlení?

Něco přes 4 roky.

Co je Vaší náplní práce?

Náplní práce je obecně podpora klientů v jejich každodenním životě a snaha o integraci (např. podpora při nakupování, doprovody na různé kulturní akce, k lékaři, na úřady, nácvik různých dovedností, pomoc při komunikaci s různými organizacemi, pomoc se zajišťováním rekreací apod.)

Jaký máte názor na službu chráněné bydlení?

Chráněné bydlení umožňuje klientům vést běžný život.

Co je potřeba změnit?

Někdy se asistenti musí zabývat různými povinnostmi spojenými s administrativou, místo aby tuto svou energii a čas věnovali klientům.

Jak klienti tráví volný čas?

Klienti tráví svůj čas různě podle svých možností a schopností, popř. zálib – někdy využívají možností, které poskytují jiné organizace (pořádající různé akce, výlety a rekreace), nebo v doprovodu asistenta (popř. dobrovolníka) chodí na procházky, výlety nebo kulturní akce, někdo se rád kouká na televizi, jedna klientka hraje divadlo.

Jak kvalitní život mají lidé s mentálním postižením v DUZE?

Myslím, že klienti v Duze vedou relativně kvalitní život samozřejmě s určitou nezbytnou podporou ze strany asistentů.

Myslíte si, že budou klienti schopni se úplně osamostatnit?

Myslím, že většina nikoli

Asistentka č.3

Jak dlouho pracujete v chráněném bydlení?

Dva roky.

Co je Vaší náplní práce?

Práce asistenta spočívá hlavně v podpoře klientů při činnostech každodenního života, péči o domácnost. Podporujeme klienty v rozvoji samostatnosti a učíme je různé dovednosti, které potřebují ke svému životu a mohli se co nejvíce samostatně o sebe starat, a hlavně sami o sobě rozhodovat.

Jaký máte názor na službu chráněné bydlení?

Hlavním cílem CHB je podpora lidí s mentálním postižením v jejich životě, aby se co nejvíce přiblížil životu majoritní společnosti (běžný život). CHB je velmi důležité, protože i lidé s mentálním postižením mají právo žít život stejně jako ostatní.

Co je potřeba změnit?

Přístup některých asistentů. Asistenti zde mají fungovat jako „rádci, či kamarádi“ do života, a ne jako generálové co řídí jejich životy.

A problém je v platech, kdyby stát platil asistenty v sociálních službách lépe, mohli bychom mít opravdu kvalifikované pracovníky, kteří by mohli život lidí s mentálním postižením posunout velmi blízko tomu běžnému.

Jak klienti tráví volný čas?

Každý klient je jiný a máji různé záliby. Ale převážná část klientu si sama nedokáže zorganizovat aktivní trávení volného času, a tak celé své volno prosedí u televize. Ale snažíme se je zaktivizovat, vyrážíme na různé akce a výlety, hlavně do běžné společnosti.

Jak kvalitní život mají lidé s mentálním postižením v DUZE?

Ve srovnání s podmínkami, které měli tito lidé v minulosti, je jejich život na dobré úrovni. Mají příjemné prostředí pro bydlení, ve většině případu jsou jejich spolubydlicí jejich kamarádi a dobře s nimi vychází. Finanční stránka je také dostačující, mohou si koupit co si přejí (pokud to není moc drahé). Zdravotní stránka už je problémová, spousta našich klientů má zdravotní potíže, někdy velmi vážné, a to celkovou kvalitu života snižuje.

Myslíte si, že budou klienti schopni se úplně osamostatnit?

Někteří klienti ten potenciál v sobě mají, pracujeme s nimi na tom, ale spoustu klientů by bez podpory asistentů běžný, samostatný život nezvládli.

Závěr šetření

Hlavním výzkumným cílem bylo zjistit, zda mají lidé s mentálním postižením v chráněném bydlení Společnosti DUHA kvalitní život. Pro získání údajů pro tento výzkum byla použita analýza zdravotní dokumentace klientů, analýza Metodiky chráněného bydlení (Standardy kvality sociálních služeb) a rozhovory s klienty a pracovníky chráněného bydlení.

Z analýzy zdravotní dokumentace jsem se dozvěděla, že klienti mají spoustu zdravotních obtíží, které jím většinou nebrání v kvalitním prožívání jejich života. Klient č.2 a klient č.3 si své zdravotní obtíže nepřipouští a nevnímají je jako problém, jen ví, že je nutné je řešit s lékaři a brát léky. Klient č.1 pouze vnímá jako zdravotní problém časté bolesti hlavy, které ho do určité míry ovlivňují v pozitivním prožívání života.

Z rozhovoru s klienty vyplynulo, že přestěhování do chráněného bydlení jejich život ovlivnilo pozitivně. Nyní mohou vykonávat činnosti, které kdysi dělat nemohli. Všichni tři dotazovaní klienti už nemohou pracovat na otevřeném trhu práce, tak každý všední den navštěvují centrum denních služeb, kde aktivně tráví dopoledne. Někteří klienti berou činnosti v centru denních služeb jako zaměstnání. V odpoledních hodinách se zapojují do běžných činností každodenního života, s pomocí asistentů se starají o svou domácnost a tráví svůj volný čas podle svých zájmu a rozhodnutí. V minulosti tomu tak nebylo, i když nežili v ústavu, nemohli dělat co chtěli a co je bavilo, buď neměli tolik možností, nebo za ně rozhodoval někdo jiný.

V rozhovoru s asistentkami jsem se hlavně ptala na otázky spojené s jejich prací a do jaké míry mají klienti kvalitní život. Všechny asistentky se shodly, že jejich práce spočívá v podpoře klientů, aby mohli co nejvíce vést samostatný život, ale také se shodly, že klienti chráněného bydlení asi nikdy nebudou schopni žít život úplně bez podpory druhé osoby. Pohled asistentek na kvalitu života klientů chráněného bydlení je jen subjektivní pojetí, protože nebylo zjištěno, co přesně si každá z dotazovaných asistentek představuje pod pojmem kvalitní život. Podle všech asistentek tedy mají

klienti celkem kvalitní život a jejich život se díky službě chráněného bydlení určité posunul směrem k lepšímu.

Odpověď na hlavní výzkumnou otázku, zda mají lidé s mentálním postižením v chráněném bydlení Společnosti DUHA kvalitní život je, že jejich život je kvalitní v oblastí bydlení a podpory ze strany asistentů, pracovní uplatnění je dostačujícím způsobem nahrazeno aktivitami v centru denních služeb a v oblastí trávení volného času mají klienti spoustu možností, které mohou využívat podle svých zájmů. Méně kvalitní život mají v oblastí zdraví, ale jak už jsem uvedla výše, někteří klienti své zdravotní obtíže nevnímají jako problém, který by je v životě omezoval.

Ve výzkumu jsem se dobrala pozitivních výsledků, které byly získány díky výběru klientů. Tyto klienty jsem vybrala z důvodu, že jsem chtěla poukázat na to, že i lidé s mentálním postižením mohou mít kvalitní život. Kvalita jejich života se odvíjí z mého pohledu i díky jejich opatrovníkům, kteří dobře spolupracují s organizací a také podporují osoby svěřené do opatrovnictví ve všech oblastech života a nesnaží se je přetvořit k obrazu svému. Bohužel existují i opatrovníci, kteří lidem s mentálním postižením brání žít život podle svého rozhodnutí, a tak se stává jejich život méně kvalitní ve srovnání s klienty, kteří se zúčastnili mého výzkumu.

7. Závěr

Bakalářská práce Kvalita života lidí s mentálním postižením v chráněném bydlení je zaměřena na kvalitu života těchto lidí v konkrétním chráněném bydlení v Praze.

Každá lidská bytost je jedinečná a složitá konfigurace duševních vlastností a dějů. Lidi s mentálním postižením lze charakterizovat sníženou úrovní rozumových schopností, inteligence. Snížení úrovně inteligence je v pásmu lehké, kde je IQ pod 70, až v pásmu hluboké, kde je IQ pod 20. Největší obtíže mají v rozvoji myšlení a řeči, mají omezenou schopnost učení a z toho vyplývající obtíže v adaptaci na běžné životní podmínky.

Největší problémy se u lidí s mentálním postižením objevují v dospělosti. Dospělost je charakterizovaná získáním příslušného vzdělání a pracovního uplatnění. Lidé s mentálním postižením mají potíže s uplatněním na běžném trhu práce, ale v poslední době se otevírají větší možnosti v podobě podporovaného zaměstnávání. Majoritní společnost si uvědomuje, že je potřeba lidem s postižením dát možnost přispět do společnosti, a tak se čím dál tím více organizaci věnuje této podpoře.

Další problém pro lidi s mentálním postižením se objevuje v oblasti bydlení. Do konce 20. století byli tito lidé odkázáni na pomoc a v mnoha případech nedobrovolně. Lidé s mentálním postižením byli v České republice velkým tabu a mnoha desetiletí byli před společností ukrýváni ve velkých ústavech sociální péče. Po roce 1989 dostali možnost bydlet mimo tyto ústavy, začalo vznikat chráněné bydlení. Chráněné bydlení je sociální služba, která poskytuje lidem s mentálním postižením možnost bydlet v běžných bytech, podílet se na chodu domácnosti a v neposlední řadě se samostatně rozhodovat o svém životě. Lidé, kteří se naučili do jisté míry osamostatnit, pořídili si vlastní bydlení a nyní už využívají terénní sociální službu podpora samostatného bydlení. Ti nejschopnější dnes už žijí sami bez podpory druhé osoby.

Jedná z nejstarších organizací, která působí v České republice v oblasti podpory bydlení lidí s mentálním postižením je Společnost DUHA. Společnost DUHA založila chráněné bydlení v roce 1992 a postupem času založila službu centrum denních služeb a pro potřebu klientů vznikla i služba podpory samostatného bydlení.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda mají lidé s mentálním postižením v chráněném bydlení této organizace kvalitní život. Klienti po přestěhování do chráněného bydlení se museli naučit postarat se sami o sebe a o svou domácnost za

podpory asistentů. Podpora a pomoc klientům ze strany asistentů je určena dle individuálních potřeb daného klienta. Každý den se pracuje na zdokonalování různých schopností potřebných pro každodenní život, které pomohou těmto lidem co nejvíce se přiblížit životu lidí bez postižení. Z pozorování a z rozhovoru s pracovníky je zřejmé, že asistent chráněného bydlení zde není v roli vychovatele, ale spíše v pozici přítele, rádce či pomocníka na cestě k samostatnému životu. Bohužel se všichni dotazovaní pracovníci shodli na tom, že málokterý klient bude někdy schopen žít bez podpory druhé osoby.

Z výzkumu v chráněném bydlení Společnosti DUHA vyplývá, že pro lidi s mentálním postižením tato forma bydlení dává jejich životu vyšší kvalitu, přispívá k větší samostatnosti a soběstačnosti a pomáhá v těch oblastech života, které vyplývají z individuálních potřeb klientů.

Chráněné bydlení lidem s mentálním postižením dává v životě více možností, a proto je potřeba tyto formy bydlení podporovat a rozšiřovat, protože nikdy nevíme, jestli ho nebude potřebovat někdo z našeho blízkého okolí.

8. Seznam použitých zdrojů

Použitá literatura

CRESWELL, John W. *Qualitative inquiry & research design: choosing among five approaches*. 2nd ed. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2007. ISBN 978-1-4129-1607-3.

ČERNÁ, Marie. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3.

DOLEJŠÍ, Mojmír. *K otázkám psychologie mentální retardace*. 3. uprav. a dopl. vyd. Praha: Avicenum, 1983.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

Kolektiv autorů. *Problematika zaměstnávání občanů se zdravotním postižením*. RYTMUS, 2005. ISBN 80-903598-1-7

LEČBYCH, Martin. *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2008. Monografie. ISBN 978-80-244-2071-4.

MÜHLPACHR, Pavel. *Vývoj ústavní péče: filosoficko-historický pohled*. Brno: Masarykova univerzita, 2001. ISBN 80-210-2512-3.

Payne, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. TRITON, 2005. ISBN 80-7254-657-0

PROCHÁZKOVÁ, L. *Podpora osob se zdravotním postižením při integraci na trh práce*. Brno: MSD, 2009. ISBN 978-80-7392-094-4.

RUBINŠTEJN, Susanna Jakovlevna. *Psychologie mentálně zaostalého žáka*. 2. rozšíř. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1976. Učebnice pro vysoké školy.

Řehulková, O., Řehulka, E., Blatný, M., Mareš, J. *Kvalita života v souvislostech zdraví a nemoci*. Brno 2008. ISBN 978-80-7392-073-9

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. Pedagogika. ISBN 978-80-247-1733-3.

ŠIŠKA, Jan. *Mimořádná dospělost: edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0992-4.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče.* Vyd. 4., přeprac. Praha: Portál, 2011. Speciální pedagogika. ISBN 978-80-7367-889-0.

THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt.* Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0714-6.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese.* Vyd. 5., rozšíř. a přeprac. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-7.

VALENTA, Milan a Oldřich MÜLLER. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika].* Praha: Parta, 2003. ISBN 80-7320-039-2.

Internetové odkazy

Projekt Dobromysl.cz, <http://www.dobromysl.cz>

RYTMUS – od klienta k občanovi, <http://www.rytmus.cz>

Společnost DUHA z.ú., <http://www.spolecnostduha.cz>

Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice, z.s., <http://www.spmpr.cz>

Studio OÁZA, kulturní středisko pro lidi s mentálním postižením, <http://www.studio-oaza.cz>

Zákony

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti,

https://portal.mpsv.cz/sz/obecne/prav_predpisy/akt_zneni/ZOZ_PLATNE_ZNENI_OD_1.9.2016.PDF

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách,

http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf

9. Seznam příloh

Příloha č.1

Rozhovor č.1 s klienty

1. Jak dlouho už žijete v chráněném bydlení?
2. Kde jste dříve bydlel?
3. Jak jste se do Chráněného bydlení dostal?
4. Jak jste se cítil v novém prostředí?
5. Co se ve vašem životě změnilo v CHB?
6. Vidáte se s rodinnými příslušníky? Jak často?
7. Znáte svého klíčového pracovníka (osobního asistenta)?
8. Jak si rozumíte s osobním asistentem?
9. Jaké domácí práce vykonáváte?
10. Jak trávíte volný čas?
11. Máte tady kamarády?
12. Chodíte do zaměstnání?
13. Jaký je rozdíl mezi ústavem a Chráněným bydlením?
14. Jak se vám tady líbí?

Příloha č.2

Rozhovor č.2 s klienty

1. Máte kvalitní života? ANO / NE
2. Jste spokojený se svým zdravím? ANO / NE
3. Baví vás život? ANO / NE
4. Má váš život smysl? ANO / NE
5. Umíte se soustředit? ANO / NE
6. Cítíte se každý den bezpečně? ANO / NE
7. Máte dost energie pro běžný život? ANO / NE
8. Líbí se vám, jak vypadáte? ANO / NE
9. Máte dost peněz na své potřeby? ANO / NE
10. Máte dostatek času na své zájmy? ANO / NE
11. Máte potíže se pohybovat mimo domov? ANO / NE

- | | |
|---|-----------------|
| 12. <u>Jste spokojený se svým spánkem?</u> | <u>ANO / NE</u> |
| 13. <u>Jste spokojený se svým každodenním výkonem?</u> | <u>ANO / NE</u> |
| 14. <u>Můžete pracovat?</u> | <u>ANO / NE</u> |
| 15. <u>Jste spokojený sám se sebou?</u> | <u>ANO / NE</u> |
| 16. <u>Jste spokojený se svými osobními vztahy?</u> | <u>ANO / NE</u> |
| 17. <u>Jste spokojený se svým sexuálním životem?</u> | <u>ANO / NE</u> |
| 18. <u>Jste spokojený s podporou, kterou Vám poskytují ostatní?</u> | <u>ANO / NE</u> |
| 19. <u>Jste spokojený se svým bydlením?</u> | <u>ANO / NE</u> |
| 20. <u>Jste spokojený se svými lékaři?</u> | <u>ANO / NE</u> |
| 21. <u>Máte často špatnou náladu?</u> | <u>ANO / NE</u> |

Příloha č.3

Rozhovor s pracovníky

1. Jak dlouho pracujete v chráněném bydlení?
2. Co je Vaší náplní práce?
3. Jaký máte názor na službu chráněné bydlení?
4. Je potřeba něco změnit?
5. Jak klienti tráví volný čas?
6. Jak kvalitní život mají lidé s mentálním postižením v Chráněném bydlení Společnosti DUHA?
7. Myslíte si, že budou klienti schopni se úplně osamostatnit?

Příloha č.4

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Informovaný souhlas týkající se bakalářské práce na téma: „*Kvalita života lidí s mentálním postižením v chráněném bydlení*“

Žádám Vás o souhlas s poskytováním výzkumného materiálu pro výzkumný projekt ve formě audio nahrávky rozhovoru a nahlížení do lékařské dokumentace.

Vzhledem k citlivosti zkoumané problematiky je náležitá pozornost věnována etickým otázkám a zajištění bezpečí účastníka. Důraz je kladen na:

- (1) Anonymitu účastníka – v prepisech rozhovorů budou odstraněny (i potenciálně) identifikující údaje.**
- (2) Lékařská dokumentace – bude sloužit pouze pro upřesnění osobní anamnézy, identifikující údaje budou odstraněny.**
- (3) Mlčenlivost výzkumnice ve vztahu k osobním údajům o účastníkovi výzkumu (s tím, že s výzkumným materiálem budu pracovat výhradně já).**
- (4) Po přepsání rozhovorů dojde k autorizaci textu – budete mít možnost vyjádřit se k uvedeným údajům a upravit je.**

Děkuji za pozornost věnovanou těmto informacím a žádám Vás tímto o poskytnutí souhlasu s účastí ve výzkumu.

Zuzana Kapušňáková

Podpis:

Podle zákona 101/2000 sbírky o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů uděluji souhlas s účastí v uvedeném výzkumném projektu a s poskytnutím výzkumného materiálu.

V Praze.....

Jméno:

Podpis: